Québec

PRISE EN CHARGE D'UN STAGIAIRE OU D'UN TRAVAILLEUR DONT LE TEST CUTANÉ À LA TUBERCULINE (TCT) EST ≥ 10 MM

dans le cadre d'un dépistage en préexposition

GUIDE À L'INTENTION DU MÉDECIN TRAITANT

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
CHAUDIÈRE-APPALACHES

DÉCEMBRE 2004

106-01730/

Recherche et rédaction

Gabrielle Vermette, m.d., direction de santé publique
Gaétane Mercier, m.d., direction de santé publique

Collaboration à la rédaction :
Diane Morin, m.d., direction de santé publique

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.
Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Document déposé à Santécom (http ://www santecom qc ca) : 12-2004-009

ISBN 2-89548-187-3

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2004
Bibliothèque nationale du Québec

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE 5

SECTION 1 : Le test cutané à la tuberculine 5

SECTION 2 : Conduite en présence d'un TCT significatif 5

SECTION 3 : Évaluation clinique et radiologique 6

SECTION 4 : Facteurs de risque pour un individu d'être infecté par le bacille de la tuberculose 6

a) L'individu a été, à un moment ou l'autre de sa vie, infecté par le bacille tuberculeux 6

b) L'individu a été en contact avec une mycobactérie atypique 6

c) L'individu a été vacciné avec le BCG après l'âge de 1 an 7

SECTION 5 Risques de développer la tuberculose-maladie suite à une tuberculose-infection latente 7

SECTION 6 La chimioprophylaxie d'une tuberculose-infection 8

SECTION 7 Décision de prescrire une chimioprophylaxie 8

SECTION 8 Le traitement à l'INH et le suivi 13

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : Risque de développer une tuberculose-maladie chez un individu ayant un TCT ≥10 mm dû à une tuberculose-infection latente 7

TABLEAU 2 Prise d'isoniazide et risque d'hépatite selon l'âge 8

TABLEAU 3 Chimioprophylaxie à l'isoniazide (INH), conduite selon l'âge et les facteurs en cause 11

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 Algorithme décisionnel
Prise en charge d'un stagiaire ou d'un travailleur dont le T CT est ≥10 mm dans le cadre d'un dépistage en préexposition 15

ANNEXE 2 Définition de la tuberculose-infection latente
Définition de la tuberculose-maladie 17

ANNEXE 3 Suivi médical suggéré lors de la prescription d'isoniazide (INH) comme chimioprophylaxie de la tuberculose 19

CONTEXTE

Les stagiaires et les travailleurs dans le domaine de la santé font l'objet d'un programme de prévention contre les infections transmissibles dont les lignes directrices apparaissent dans un protocole ministériel[1]. En ce qui concerne la prévention de la tuberculose, il y est recommandé d'effectuer le test de dépistage de la tuberculose en 2 temps.

L'individu ayant un TCT significatif dans le cadre de ce dépistage est dirigé à son médecin traitant puisqu'il doit faire l'objet d'une évaluation médicale. Le présent document a pour but de soutenir le médecin dans cette démarche.

SECTION 1 LE TEST CUTANÉ À LA TUBERCULINE

Un test cutané à la tuberculine (TCT, autrefois nommé PPD) effectué en deux temps chez un stagiaire ou un travailleur en pré-emploi permet de savoir si un individu est susceptible d'avoir déjà été infecté par la mycobactérie, avant qu'il ne soit exposé professionnellement. D'établir une valeur de base du test à la tuberculine permettra une meilleure interprétation des TCT en cas d'exposition professionnelle à un cas de tuberculose-maladie.

Une seule épreuve peut ne pas être suffisante pour révéler une infection contractée dans le passé. Il est possible que la réactivité à la tuberculine ait diminué au fil du temps. Une 2e épreuve effectuée à l'intérieur d'un an pourra faire ressurgir la réactivité, en cas d'infection passée (effet de rappel)[2].

SECTION 2 CONDUITE EN PRÉSENCE D'UN TCT SIGNIFICATIF

En présence d'un TCT dépassant la valeur seuil de 10 mm[3] chez un stagiaire ou un travailleur en pré-emploi, il est indiqué pour le médecin de compléter l'investigation amorcée par le CLSC, de déterminer si le résultat obtenu peut signifier ou non la présence d'une tuberculose-infection latente ou d'une tuberculose-maladie (plus rarement).

Pour ce faire, il est indiqué de :

- Procéder à une évaluation clinique et radiologique;
- Évaluer la probabilité que l'individu ait été infecté par le bacille de la tuberculose en recherchant les facteurs de risque d'exposition;
- Évaluer les risques qu'a l'individu de développer la tuberculose-maladie suite à une tuberculose-infection latente évidente ou suspectée;
- Déterminer s'il y a indication de traitement préventif ou curatif;
- Effectuer le suivi médical nécessaire.

---

[1] Protocole d'intervention : Prévention des infections chez le personnel des établissements de santé, incluant les stagiaires et les professeurs, Ministère de la santé et des services sociaux, 1999, 37p.

[2] On ne devra pas refaire de TCT chez un individu ayant un TCT ≥ 10 mm, que ce soit au 1er ou au 2e TCT. Si l'individu devait être en contact avec un cas contagieux de tuberculose, la radiographie pulmonaire, la clinique et l'analyse des expectorations avec culture seraient les outils diagnostiques.

[3] 10 mm : valeur considérée comme étant significative chez les individus faisant partie des groupes à faible incidence (comme c'est le cas en général chez la population québécoise).

SECTION 3 ÉVALUATION CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE

Il est important en premier lieu d'éliminer un diagnostic de tuberculose active. Le médecin doit rechercher la présence de signes et de symptômes compatibles avec une tuberculose et demander une radiographie pulmonaire.

- En présence de signes, de symptômes ou d'une radiographie pulmonaire anormale : l'évaluation diagnostique doit se poursuivre.
- En l'absence de signes ou symptômes pouvant suggérer une tuberculose-maladie : le médecin évalue les probabilités que les résultats de TCT soient en lien avec une tuberculose-infection latente (section suivante).

SECTION 4 FACTEURS DE RISQUE POUR UN INDIVIDU D'ÊTRE INFECTÉ PAR LE BACILLE DE LA TUBERCULOSE

Il est important d'interpréter le TCT positif, cas par cas. Il est possible d'observer une réaction cutanée à la tuberculine positive (≥ 10 mm) dans d'autres situations que celle d'une infection par le bacille causant la tuberculose.

Il est opportun de valider et compléter au besoin l'information contenue dans le questionnaire rempli par l'infirmière lors du dépistage tuberculinique au CLSC. Ce questionnaire a dû vous être acheminé, avec l'autorisation de votre patient.

Le TCT peut être égal ou supérieur à 10 mm dans les situations suivantes[4] :

A) L'individu a été, à un moment ou l'autre de sa vie, infecté par le bacille tuberculeux.

Le contact a pu avoir lieu, à l'insu ou non de l'individu, dans le cadre d'activités ou de situations à risque :

- activités professionnelles,
- séjour en pays où l'endémicité est élevée,
- contact avec un membre de la famille (parent proche ou grand-parents, etc.) ayant souffert de tuberculose-maladie,
- autre contact social (parfois difficile à identifier).

B) L'individu a été en contact avec une mycobactérie atypique.

Ceci est considéré au Québec comme moins probable, à cause de la faible prévalence des mycobactéries (soit < 5 %)[5].

[4] On peut retenir une marge d'erreur maximale de 2 à 3 mm par lecture de TCT due à des variations possibles, non spécifiques, liées à la technique d'application et de lecture du test ou à des différences biologiques.

[5] Aux Etats-Unis, la circulation de mycobactéries atypiques est nettement plus élevée. C'est la raison pour laquelle les seuils de positivité sont différents : la valeur de 15 mm est utilisée aux Etats-Unis comparativement à 10 mm au Québec.

C) L'individu a été vacciné avec le BCG après l'âge de 1 an.

La vaccination avec le BCG peut induire une réactivité à la tuberculine, sans présence d'infection réelle. **Aussi, en l'absence de facteurs de risque, on doit se rappeler que la vaccination avec le BCG après l'âge de 1 an constitue une cause non négligeable de TCT significatif** (environ 25 % d'entre eux ayant un TCT ≥ 10 mm).

SECTION 5 RISQUES DE DÉVELOPPER LA TUBERCULOSE-MALADIE SUITE À UNE TUBERCULOSE-INFECTION LATENTE

Si l'exposition au bacille de la tuberculose ayant causé une infection latente est la cause la plus vraisemblable du TCT significatif, la probabilité pour cet individu de développer une tuberculose-maladie est d'environ 10 % à vie, s'il n'y a pas de traitement préventif. Ce risque est de l'ordre de 5 % au cours des deux premières années suivant l'infection (encore davantage dans les premiers mois - on observe durant cette période une conversion du TCT) et de 5 % au total, pour l'ensemble des années subséquentes.

En dehors d'une exposition à risque possible dans les 2 années précédant le TCT, l'augmentation du risque de développer une tuberculose-maladie à partir d'une tuberculose-infection latente passée, est sans rapport avec la grandeur du 1er TCT ou l'ampleur de l'augmentation entre le 1er et le 2^{e} TCT.

Certaines conditions médicales augmentent le risque de développer une tuberculose-maladie après avoir contracté l'infection soit : le diabète, le traitement prolongé aux corticostéroïdes (stéroïdes à dose supraphysiologique de façon continue pour une durée d'un mois et plus), le traitement immunosuppresseur, certaines maladies hématologiques et du système réticuloendothélial comme la leucémie et la maladie de Hodgkin, l'insuffisance rénale, les conditions cliniques associées à une perte rapide de poids ou à une malnutrition chronique et la silicose.

Le tableau ci-dessous présente les probabilités statistiques de développer une tuberculose-maladie à partir d'une tuberculose-infection latente.

TABLEAU 1

Risque de développer une tuberculose-maladie chez un individu ayant un TCT ≥ 10 mm dû à une tuberculose-infection latente	
Situation clinique	**Risque de développer TB-maladie**
TCT positif de durée inconnue chez un sujet âgé de plus de 5 ans, sans facteurs de risque	0,1 % par année
Radiographie pulmonaire anormale chez un sujet n'ayant pas reçu un traitement adéquat dans le passé (importante charge résiduelle en bacilles)	1 % à 4,5 % par année
Personnes souffrant de maladies chroniques (conditions médicales citées ci-haut)	Les risques sont accrus mais on ne possède pas d'estimation
Infection au VIH	14 % sur 2 ans
Sujets nouvellement infectés : contact ou virage récent	3 à 5 % la 1re année
Contact domestique d'un cas de TB pulmonaire	3 à 5 % la 1re année

SECTION 6 LA CHIMIOPROPHYLAXIE D'UNE TUBERCULOSE-INFECTION

La médication recommandée pour la chimioprophylaxie de la tuberculose-infection latente est l'isoniazide (INH) prescrite pour une période de 6 à 12 mois. L'efficacité du traitement varie selon la durée de celui-ci. Elle est estimée à environ 75 % pour un traitement d'une durée de 6 mois, à près de 90 % pour un traitement de 9 mois et de 93 % pour un traitement de 12 mois.

L'INH est une médication comportant des effets secondaires non négligeables dont l'hépatite médicamenteuse. Le risque de développer une hépatite varie considérablement avec l'âge. Ce risque est très important à considérer et à comparer avec le risque de développer une tuberculose-maladie lors de la décision de prescrire ou non un traitement préventif (voir section 7).

TABLEAU 2

Prise d'isoniazide et risque d'hépatite selon l'âge	
Âge	**Risque d'hépatite**
< 20 ans	Très rare
Entre 20 et 35 ans	Moins de 1 %
Entre 35 et 65 ans	1 à 3 %
> 65 ans	5 % et plus

SECTION 7 DÉCISION DE PRESCRIRE UNE CHIMIOPROPHYLAXIE

Alors que le traitement de la tuberculose-maladie est à caractère obligatoire (selon la loi, afin d'éviter la transmission), il ne l'est pas pour une tuberculose-infection latente (qui n'est pas contagieuse). L'indication de traitement préventif n'est pas aussi clairement établie.

Les individus dont la radiographie pulmonaire est normale et qui ne présentent pas de facteurs de risque (contact antérieur, conditions médicales prédisposantes, etc.) ont une très faible probabilité d'avoir une tuberculose. Cependant, elle n'est pas nulle et la décision de prescrire l'INH doit être prise cas par cas. L'individu doit recevoir l'information nécessaire pour prendre une décision libre et éclairée.

La décision de prescrire une chimioprophylaxie chez un individu ayant un TCT significatif repose sur les appréciations suivantes :

- les résultats de l'évaluation clinique et radiologique (section 3)
- le risque d'avoir été infecté par le bacille de la tuberculose (section 4)
- le risque de développer la tuberculose-maladie (en considérant entre autre la nature et le délai du contact vraisemblablement infectant, l'âge et l'état de santé de l'individu) (section 5) comparé aux risques de faire une hépatite médicamenteuse (section 6).

Les recommandations provinciales tiennent compte du type d'exposition, de l'âge et de l'état de santé de l'individu.

On retient sommairement la tendance de recommander le traitement prophylactique chez une personne âgée de moins de 35 ans, sauf si elle a reçu un BCG après l'âge de 1 an.

Chez l'individu âgé de 35 ans ou plus, la recommandation de traitement prophylactique est moins fréquente, étant en général réservée aux individus présentant des facteurs de risque très particuliers.

Enfin, que le traitement soit retenu ou non, l'individu devrait être avisé de consulter s'il y a apparition de symptômes pouvant être compatibles avec une tuberculose (site pulmonaire ou extra-pulmonaire) et de mentionner qu'un TCT antérieur a déjà été considéré significatif.

Le tableau suivant résume les recommandations provinciales de santé publique en matière de traitement prophylactique de la tuberculose.

TABLEAU 3

CHIMIOPROPHYLAXIE À L'ISONIAZIDE (INH) CONDUITE SELON L'ÂGE ET LES FACTEURS EN CAUSE					
CATÉGORIES	**< 35 ans**	**≥ 35 ans**	**TCT significatif (mm)**	**Durée du traitement+ (mois)**	**Commentaires**
1. INDIVIDUS AVEC FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ PARTICULIERS					Ce groupe comporte des risques statistiquement élevés de développer la maladie compte tenu de leur état de santé ou de l'intensité du contact infectieux.
a) Personnes en contact étroit avec un cas de TB contagieuse	Oui	Oui	≥ 5	6-12	
b) TB ancienne non traitée (inactive)	Oui	Oui	≥ 5	9	
c) Séropositivité au VIH	Oui	Oui	≥ 5*	9-12	
d) Conversion récente	Oui**	Oui	≥ 10	6-12	
e) Drogue I-V (HIV)	Oui	Oui	≥ 10	6-12	
f) Certaines conditions médicales□	Oui	Oui	≥ 10	6-12	
2. INDIVIDUS AVEC FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX					Ces individus comportent des risques plus élevés d'avoir été exposés à la maladie que la population générale.
Voyageurs avec séjour prolongé ou travailleurs dans des pays à endémicité élevée de TB	Oui	Non	≥ 10	6-12	
Individus ayant des contacts fréquents et étroits (vivre ou travailler) avec des populations à incidence élevée (décrites en 3)	Discu-table	Non	≥ 10	6-12	
3. POPULATIONS À INCIDENCE ÉLEVÉE					Risque inférieur à celui du groupe 1. Ces populations constituent une partie considérable du réservoir des individus ayant un TCT + et des cas de TB avec possibilité d'éclosion et de mini-épidémie.
A) Immigrants venant de pays à forte endémicité	Oui	Non	≥ 10	6-12	
B) Amérindiens	Oui	Non	≥ 10	6-12	
C) Sans-abri	Oui	Non	≥ 10	6-12	
D) Prisons	Oui	Non***	≥ 10	6-12	
E) Centres d'accueil et instituts psychiatriques	Oui	Non	≥ 10	6-12	
4. POPULATIONS À FAIBLE INCIDENCE					Il est indiqué de vérifier s'il y a présence de facteurs d'autres catégories.
La plupart des individus nés au Québec	Oui	Non	≥ 10****	6-12	

Adaptation du Tableau 1 Chimioprophylaxie à l'isoniazide selon l'âge - Conduite selon les facteurs en cause - Protocole Prévenir et enrayer... SITUATION ET RECOMMANDATIONS – LA TUBERCULOSE – Ministère de la Santé et des Services sociaux de la santé publique, Québec 2001.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES AU TABLEAU

□ Les conditions médicales qui augmentent le risque de tuberculose sont :

- le diabète,
- le traitement prolongé aux corticostéroïdes (stéroïdes à dose supraphysiologique de façon continue pour une durée d'un mois et plus),
- le traitement immunosuppresseur,
- certaines maladies hématologiques et du système réticuloendothélial comme la leucémie et la maladie de Hodgkin,
- l'insuffisance rénale,
- les conditions cliniques associées à une perte rapide de poids ou à une malnutrition chronique,
- la silicose.

+ Pour les individus âgés de moins de 18 ans, la durée recommandée est de 9 mois.

° En présence d'une séropositivité au VIH associée à d'autres facteurs de risque (contacts étroits, immigrants venant de pays à haute endémicité pour la tuberculose, tuberculose ancienne non traitée), il est fortement recommandé de considérer la chimioprophylaxie même si le TCT est inférieur à 5 mm.

** Si augmentation à 10 mm et plus, avec une augmentation du TCT d'au moins 6 mm, à l'intérieur d'une période de deux ans, peu importe l'âge.

*** Pour les personnes nées au Canada et au Québec, les données épidémiologiques disponibles n'indiquent pas actuellement la nécessité de chimioprophylaxie dans ce groupe après 35 ans.

**** Au Québec et au Canada, vu la faible prévalence de mycobactéries atypiques (< 5 %), la valeur de 10 mm est retenue. Aux États-Unis, la valeur seuil est de 15 mm.

De plus, dans ce groupe à faible incidence, au Québec, si le sujet a été vacciné avec le BCG après l'âge de 1 an, on attribue la positivité du TCT au BCG peu importe le délai entre le BCG et la lecture de TCT, et la chimioprophylaxie n'est pas offerte.

(N.B. Environ 25 % des individus vaccinés après l'âge de 1 an présentent un TCT à 10 mm).

SECTION 8 LE TRAITEMENT À L'INH ET LE SUIVI

LE TRAITEMENT

Le traitement préventif de la tuberculose-infection latente est l'INH à raison de 300mgs/jr (chez l'adulte). La médication prophylactique est défrayée par la RAMQ.

Le médecin doit inscrire lors de l'ordonnance les codes suivants :
- 2 K pour la personne atteinte de tuberculose (tuberculose-maladie),
- 2 L pour le cas contact (tuberculose-infection).

Quoiqu'une durée de traitement de 12 mois assurerait le maximum de protection (93 %), en considérant l'importance de la fidélité au traitement et le ratio bénéfices/effets secondaires, la protection optimale est probablement obtenue avec une chimioprophylaxie quotidienne à l'INH d'une durée de 9 mois. Une chimioprophylaxie d'une durée de 6 mois demeure acceptable (efficacité ≥75 %), lorsqu'il est impossible de la prolonger jusqu'à 9 mois.

Pour les individus ayant une lésion pulmonaire apparente à la radiographie, sans évidence de tuberculose active, la durée recommandée de traitement est de 9 mois. Pour les personnes infectées par le VIH, le traitement prophylactique devrait être de 1 an, au minimum.

Enfin, la variable importante dans l'efficacité du traitement prophylactique est le nombre de doses plus que la continuité. Aussi, si la compliance au traitement n'est pas celle attendue (ex : oublis fréquents, etc.), il faudra s'assurer que le traitement soit prolongé jusqu'à ce que le nombre de doses totales reçues correspondent à celles d'un traitement de 9 mois avec une adhérence de 100%.

Il est important de vérifier les interactions médicamenteuses et les contre-indications au traitement avec l'INH lors de sa prescription.

LE SUIVI À EFFECTUER

Il est généralement recommandé de revoir le patient selon le calendrier suivant :
Revoir 1 mois, 3 mois, 6 mois et 9 mois après le début de la chimioprophylaxie.

Conseils à donner au patient

- Prendre le médicament chaque jour pour obtenir une efficacité maximale.
- Diminuer le plus possible la consommation d'alcool durant la prise de médication.
- Consulter si apparition de perte d'appétit, nausées, vomissements, mal de ventre, diarrhée, faiblesse durant plus de trois jours, urines foncées, peau ou yeux jaunes (ictère), engourdissements ou picotements douloureux des pieds ou des mains.
- Consulter si apparition de signes et symptômes compatibles avec une tuberculose.
- La femme prenant de l'INH doit éviter de devenir enceinte durant cette période. Si elle devenait enceinte, elle doit en aviser immédiatement son médecin.
- Le patient doit mentionner qu'il prend de l'INH lorsqu'il consulte un médecin, particulièrement lorsque celui-ci désire prescrire un autre médicament.

Éléments à considérer à chaque rencontre

- **Vérifier la présence de symptômes ou de signes de tuberculose.**

  Compléter l'investigation selon le cas.

- **Vérifier la présence d'effets indésirables à la médication.**

  Selon le cas, cesser la médication et tester les transaminases. Des valeurs de transaminases (AST-ALT) anormalement élevées justifient un arrêt de traitement.

- **Vérifier la fidélité au traitement préventif et les difficultés éprouvées.**

  Une attention particulière est à apporter aux personnes vivant avec une déficience intellectuelle où les personnes présentant des problèmes de santé mentale ou tout autre cas où la compliance au traitement pourrait être compromise.

  Également, on suggérera une surveillance plus étroite des individus qui consomment fréquemment de l'alcool ou présentent une maladie chronique du foie, ou une neuropathie périphérique, quelle que soit son étiologie. Il en est de même pour les individus étant infectés par le VIH.

Fréquence des examens biochimiques et radiologiques

Examens biochimiques

Vérifier les transaminases hépatiques selon un calendrier régulier ou au besoin (Voir annexe 3).

Radiographie pulmonaire

La radiographie pulmonaire n'est répétée que si les signes et symptômes le justifient.

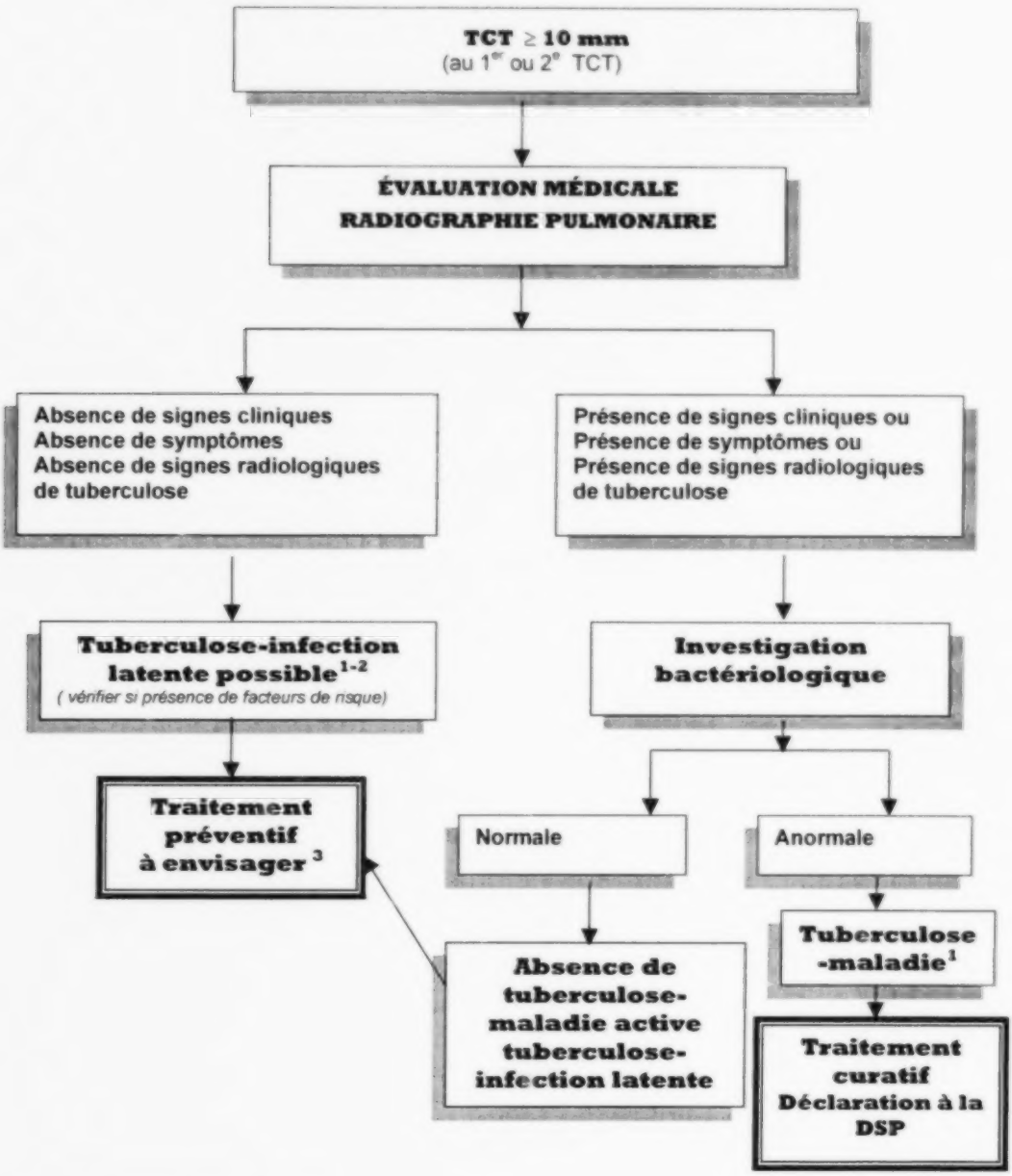
Sources:

- Protocole Prévenir et enrayer... SITUATION ET RECOMMANDATIONS – LA TUBERCULOSE Ministère de la Santé et des Services sociaux de la santé publique, Québec 2001.
- Lignes directrices pour la lutte antituberculeuse dans les établissements de soins et autres établissements au Canada. Relevé des maladies transmissibles au Canada, Santé Canada, Avril 1996, vol. 22.
- Chimioprophylaxie de la tuberculose, Association pulmonaire Québec. Normes canadiennes de traitement de la tuberculose, Association pulmonaire du Canada, Préparé par Horacio Arruda md conseil, dossier Tuberculose DSC Cité Santé en collaboration avec Pierre Dehault md, chef du département de pneumologie, Cité de la Santé.
- Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 5e édition, Santé Canada, The Lung Association pulmonaire.

ANNEXE 1

ALGORITHME DÉCISIONNEL

PRISE EN CHARGE D'UN STAGIAIRE OU D'UN TRAVAILLEUR DONT LE TCT EST ≥ 10 MM DANS LE CADRE D'UN DÉPISTAGE EN PRÉEXPOSITION



1 Voir l'annexe 2 pour définition.
2 Voir section 4 pour évaluer la probabilité qu'il s'agisse de tuberculose- infection latente.
3 Voir la section 7 du document pour faciliter la décision de recommander ou non une prophylaxie.

ANNEXE 2

DÉFINITION DE LA TUBERCULOSE-INFECTION LATENTE

La tuberculose-infection latente correspond à la présence de mycobactéries qui se disséminent par voie hématogène dans divers organes et tissus. Cette phase est asymptomatique chez 90 % des individus. Elle ne peut souvent être identifiée que par le test de cuti-réaction tuberculinique (TCT). La plupart du temps, la radiographie ne démontre aucune séquelle de caséification. Ces personnes ne sont pas contagieuses.

DÉFINITION DE LA TUBERCULOSE-MALADIE

La tuberculose-infection latente, après une période de latence pouvant varier de quelques semaines à plusieurs années, peut évoluer vers la tuberculose-maladie chez environ 5 % des personnes infectées dans les 2 premières années qui suivent l'infection (risque plus grand encore dans les 3 premiers mois); un autre 5 % pourra la développer à un moment ou l'autre de sa vie.

L'expression clinique de la tuberculose-maladie est dans 80 % des cas de nature pulmonaire et est habituellement insidieuse avec fatigue, anorexie, perte de poids, fièvre intermittente et sudation nocturne. Éventuellement, se greffent de la toux, des expectorations, de la dyspnée ou des hémoptysies.

Il se peut aussi, à cause de la dissémination sanguine, que n'importe lequel organe du corps soit atteint. Les symptômes varieront selon l'organe atteint : on parlera de tuberculose extrapulmonaire (environ 20 % des cas). À l'occasion, la tuberculose évoluera vers la tuberculose miliaire ou méningite tuberculeuse (les très jeunes enfants sont particulièrement plus susceptibles de présenter cette complication).

ANNEXE 3

Suivi médical suggéré lors de la prescription d'isoniazide (INH) comme chimioprophylaxie de la tuberculose										
	CALENDRIER*									
INTERVENTIONS	**Début**	**1 ms**	**2 ms**	**3 ms**	**4 ms**	**5 ms**	**6 ms**	**7 ms**	**8 ms**	**9 ms**
VISITE MÉDICALE	✓	✓		✓			✓			✓
RX PULMONAIRE	✓									
VÉRIFICATION DES TRANSAMINASES(AST-ALT)**										
Patient< 35 ans	PRN									
Patient 35-49 ans	✓	✓								
Patient ≥ 50 ans	✓	✓		✓		✓		✓		✓

* La médication recommandée en prophylaxie est l'INH, 300 mg/jr, pendant 6 à 12 mois. Le calendrier est suggéré pour un traitement d'une durée de 9 mois (durée optimale en considérant l'importance de la fidélité au traitement et le ratio bénéfices/effets secondaires). Si le traitement est prolongé, poursuivre le suivi.

** Pour les suivis plus longs, on continuera l'horaire selon la périodicité prévue.

*** Si le patient de 35 ans et plus ne comprend pas bien les effets indésirables, les visites et le dosage des transaminases seront plus rapprochés (à tous les mois). Pour les moins de 35 ans, ce test n'est pas recommandé sauf en présence de facteurs de risque (alcoolisme par exemple).